

AJUNTAMENT DE:
AYUNTAMIENTO DE:**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT DE LA SITUACIÓ DE DEPENDÈNCIA
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA****DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIF/NIE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO

DADES A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS / DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIONESCal omplir-ho únicament si són distintes a les dades de residència que s'han indicat en el punt anterior
Rellenarlo únicamente si son distintos a los datos de residencia rellenados en el punto anterior

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI/NIF/NIE
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT O PERSONA DE SUPORT
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO**Compta amb una persona representant o persona de suport?
¿Cuenta con una persona representante o persona de apoyo? Sí No

(En cas afirmatiu, haurà d'omplir el document "Identificació de persones representants o de suport en el procediment de dependència", només si no l'ha aportat amb anterioritat).

(En caso afirmativo, deberá cumplimentar el documento "Identificación de personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia, solo si no lo ha aportado anteriormente).

**C CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ - PERSONA SOL·LICITANT
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN - PERSONA SOLICITANTE****AUTORIZACIÓ / AUTORIZACIÓN**Marqueu a continuació si autoritzeu que l'Administració consulte les dades que consten en l'Agència Tributària estatal.
Marque a continuación si autoriza que la Administración consulte los datos que consten en la Agencia Tributaria estatal.- Autoritze la consulta de les dades que consten en l'Agència Tributària estatal: SÍ NO
Autorizo la consulta de los datos que consten en la Agencia Tributaria estatal:**Si no autoritzeu aquesta consulta, haureu d'aportar la documentació acreditativa corresponent.
Si no autoriza dicha consulta, deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente.****OPOSICIÓ / OPOSICIÓN**

Mitjançant la signatura del present document, s'autoritza perquè l'Administració realitze la consulta de la següent informació de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant:

Mediante la firma del presente documento, se autoriza para que la Administración realice la consulta de la siguiente información de la persona solicitante y, en su caso, de su representante:

- Dades d'identitat de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant
Datos de identidad de la persona solicitante y, si es el caso, de su representante.
- Dades de residència.
Datos de residencia.
- Reconeixement de pensions de la Seguretat Social.
Reconocimiento de pensiones de la Seguridad Social.
- Consulta de la seua història clínica amb la finalitat de completar la informació sanitària.
Consulta de su historia clínica con la finalidad de completar la información sanitaria.
- Dades del Registre de representants.
Datos del Registro de representantes.

Si us hi voleu oposar, és imprescindible que indique a continuació la informació concreta a la consulta de la qual us oposeu i els motius que ho justifiquen.

Si desea oponerse, es imprescindible que indique a continuación la información concreta a cuya consulta se opone y los motivos que lo justifican.

- M'oposo a la consulta de les dades d'identitat de la persona sol·licitant i, si és el cas, del seu representant legal
Me opongo a la consulta de los datos de identidad de la persona solicitante y, en su caso, de su representante legal
- M'oposo a la consulta de les dades de residència
Me opongo a la consulta de los datos de residencia
- M'oposo a la consulta del reconeixement de pensions de la Seguretat Social
Me opongo a la consulta del reconocimiento de pensiones de la Seguridad Social
- M'oposo a la consulta de la meua història clínica amb la finalitat de completar la informació sanitària
Me opongo a la consulta de mi historia clínica con la finalidad de completar la información sanitaria
- M'oposo a la consulta de les dades del Registre de representants
Me opongo a la consulta de los datos del Registro de representantes

MOTIUS DE L'OPOSICIÓ O NO AUTORIZACIÓ / MOTIVOS DE LA OPOSICIÓN O NO AUTORIZACIÓN:

**C CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ - PERSONA SOL·LICITANT (cont.)
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN - PERSONA SOLICITANTE**
AVÍS / AVISO:

Si no autoritzeu o us oposeu a la consulta de les dades indicades, quedeu obligat/ada a aportar els documents acreditatius corresponents.
Si no autoriza o se opone a la consulta de los datos indicados, queda obligado/a a aportar los documentos acreditativos correspondientes.

Se us 'informa que d'acord amb el que s'estableix en la disposició addicional huitena de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, i l'article 4 de la Llei 40/2015, d'1 d'octubre, l'òrgan gestor podrà verificar aquelles dades manifestades en la present sol·licitud.

Se le informa de que de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional octava de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, y el artículo 4 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, el órgano gestor podrá verificar aquellos datos manifestados en la presente solicitud.

**D CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ - UNITAT FAMILIAR
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN - UNIDAD FAMILIAR**

La unitat familiar de la persona sol·licitant està integrada pels següents membres (no ho ompliu si sou l'única persona que compon la seua unitat familiar):

La unidad familiar de la persona solicitante está integrada por los siguientes miembros (no lo rellene si usted es la única persona que compone la unidad familiar):

PARENTIU PARENTESCO	NOM I COGNOMS NOMBRE Y APELLIDOS	DNI O NIE	DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	NO AUTORITZE NO AUTORIZO	SIGNATURA FIRMA
				<input type="checkbox"/> DNI/NIE <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics <i>Económicos</i>	
				<input type="checkbox"/> DNI/NIE <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics <i>Económicos</i>	
				<input type="checkbox"/> DNI/NIE <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics <i>Económicos</i>	
				<input type="checkbox"/> DNI/NIE <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics <i>Económicos</i>	
				<input type="checkbox"/> DNI/NIE <input type="checkbox"/> Padró / Padrón <input type="checkbox"/> Econòmics <i>Económicos</i>	

Mitjançant la vostra signatura en la columna corresponent de la taula anterior, els membres de la unitat familiar AUTORITZEN expressament a l'Administració a sol·licitar i obtenir de forma telemàtica les dades d'identitat, de residència i econòmiques d'altres administracions públiques exclusivament als efectes del reconeixement de la situació de dependència de la persona sol·licitant, de les prestacions que es puguin derivar d'aquest reconeixement i també per al seguiment i control d'aquestes prestacions, a fi que es faça el càlcul i es verifique el compliment dels seus requisits.

En cas d'oposar-vos al fet que l'òrgan gestor obtinga directament aquesta informació, haureu de manifestar-ho en la columna corresponent de la taula anterior, i tindreu l'obligació d'aportar els documents corresponents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

Mediante su firma en la columna correspondiente de la tabla anterior, los miembros de la unidad familiar AUTORIZAN expresamente a la Administración a solicitar y obtener de forma telemática los datos de identidad, de residencia y económicos de otras administraciones públicas exclusivamente a los efectos del reconocimiento de la situación de dependencia de la persona solicitante, de las prestaciones que se puedan derivar de este reconocimiento y también para el seguimiento y control de dichas prestaciones, con el fin de que se proceda a su cálculo y se verifique el cumplimiento de sus requisitos.

En caso de oponerse a que el órgano gestor obtenga directamente esta información, deberá manifestarlo en la columna correspondiente de la tabla anterior, de modo que quedará obligado a aportar los documentos correspondientes en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

_____ , _____ de/d' _____ del _____

La persona sol·licitant / La persona solicitante

La/les persona/es representant/s o persona/es de suport
La/s persona/s representante/s o persona/s de apoyo

Signatura:
Firma: _____

Signatura:
Firma: _____

E INSTRUCCIONS PER A OMLIR AQUESTA SOL·LICITUD
INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD

Aquest imprés s'utilitzarà únicament per a:

- Autoritzar l'accés a dades d'identitat, residència, econòmiques i sanitàries de la persona sol·licitant que no haja autoritzat mitjançant la seua signatura en la sol·licitud inicial l'accés a aquestes dades i que no haja aportat la documentació acreditativa d'aquestes. En cas de no autoritzar l'accés a totes o a algunes d'aquestes dades, caldrà aportar la documentació corresponent:
 - Fotocòpia del DNI/NIE
 - Certificat o volant d'empadronament
 - Certificat de pensions emés per l'INSS
 - Fotocòpia de la declaració de la renda de les persones físiques de l'exercici fiscal vençut
- Autoritzar l'accés a dades d'identitat, residència i econòmiques de tots o alguns dels membres de la unitat familiar, que no hagen autoritzat mitjançant la seua signatura en la taula corresponent de la sol·licitud inicial l'accés a aquestes dades, o que l'hagen omplida de forma errònia o incompleta, i no hagen aportat la documentació acreditativa d'aquestes. En cas de no autoritzar l'accés a totes o a algunes d'aquestes dades, caldrà aportar la documentació corresponent:
 - Fotocòpia del DNI/NIE
 - Certificat o volant d'empadronament
 - Fotocòpia de la declaració de la renda de les persones físiques de l'exercici fiscal vençut

A aquests efectes es consideraran components de la unitat familiar:

- La persona sol·licitant.
- Si és el cas, el cònjuge o parella de fet legalment constituïda de la persona sol·licitant.
- Els fills o filles a càrrec de la persona sol·licitant o del seu cònjuge o parella de fet legalment constituïda, siguen per naturalesa, adopció o acolliment, sempre que siguen menors de 25 anys o majors d'aquesta edat, amb un grau de discapacitat igual o superior al 33 %.

L'apartat A s'emplenarà atenent la informació requerida en aquest.

B. DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT O PERSONA DE SUPORT

Quan la persona sol·licitant del reconeixement de dependència tinga representant o persona de suport, haurà d'indicar-ho en aquest apartat. S'haurà d'omplir el document "Identificació de les persones representants o de suport en el procediment de dependència", i caldrà acreditar aquesta condició mitjançant la presentació de la documentació adient, només si no ho ha aportat amb anterioritat.

Tant la documentació a presentar com les persones habilitades per a la signatura en el procediment de dependència, es troben descrites en el document "Identificació de les persones representants o de suport en el procediment de dependència".

Este impreso se utilizará únicamente para:

- *Autorizar el acceso a datos de identidad, residencia, económicos y sanitarios de la persona solicitante que no haya autorizado mediante su firma en la solicitud inicial el acceso a dichos datos y que no haya aportado la documentación acreditativa de los mismos. En caso de no autorizar el acceso a todos o algunos de estos datos, deberá aportar la documentación correspondiente:*
 - *Fotocopia del DNI/NIE*
 - *Certificado o volante de empadronamiento*
 - *Certificado de pensiones emitido por el INSS*
 - *Fotocopia de la declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido*
- *Autorizar el acceso a datos de identidad, residencia y económicos de todos o algunos de los miembros de la unidad familiar, que no hayan autorizado mediante su firma en la tabla correspondiente de la solicitud inicial el acceso a dichos datos, o que la hayan cumplimentado de forma errónea o incompleta, y no hayan aportado la documentación acreditativa de estos. En caso de no autorizar el acceso a todos o algunos de estos datos, deberá aportar la documentación correspondiente:*
 - *Fotocopia del DNI/NIE*
 - *Certificado o volante de empadronamiento*
 - *Fotocopia de la declaración de la renta de las personas físicas del ejercicio fiscal vencido*

A dichos efectos se considerarán componentes de la unidad familiar:

- *La persona solicitante.*
- *En su caso, el cónyuge o pareja de hecho legalmente constituída de la persona solicitante.*
- *Los hijos de la persona solicitante o de su cónyuge o pareja de hecho legalmente constituída, ya sea por naturaleza, adopción o acogimiento, siempre que sean menores de 25 años o mayores de esta edad con un grado de discapacidad igual o superior al 33 %.*

El apartado A se cumplimentará atendiendo a la información requerida en el mismo.

B. DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE O PERSONA DE APOYO:

Quando la persona solicitante del reconocimiento de dependencia tenga representante o persona de apoyo, deberá indicarlo en este apartado. Deberá cumplimentar el documento "Identificación de las personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia", y acreditar esta condición mediante la presentación de la documentación pertinente, solo si no lo ha aportado con anterioridad. Tanto la documentación a presentar como las personas habilitadas para la firma en el procedimiento de dependencia, se encuentran descritas en el documento "Identificación de las personas representantes o de apoyo en el procedimiento de dependencia"

F CLAÚSULA D'INFORMACIÓ SEGONS RGPD (Reglament general de protecció de dades)
CLAÚSULA DE INFORMACIÓN SEGÚN RGPD (Reglamento general de protección de datos)

Nom de l'activitat de tractament <i>Nombre de la actividad de tratamiento</i>	Autorització d'accés a dades en el marc del procediment de reconeixement de la situació de dependència i del dret a les prestacions del sistema. <i>Autorización de acceso a datos en el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema.</i>
Responsable del tractament <i>Responsable del tratamiento</i>	Vicepresidència i Conselleria de Servicis Socials, Igualtat i Vivenda. <i>Vicepresidencia y Conselleria de Servicios Sociales, Igualdad y Vivienda.</i>
Finalitat del tractament <i>Finalidad del tratamiento</i>	Gestió del procediment per al reconeixement de la situació de dependència i de les prestacions del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència. <i>Gestión del procedimiento para el reconocimiento del grado de dependencia y de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.</i>
Drets de les persones <i>Derechos de las personas</i>	La persona interessada té dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, a la rectificació o supressió d'aquestes, a la limitació del seu tractament o a oposar-se a aquest per mitjà d'un escrit que s'ajuste a les instruccions que s'indiquen en la política de protecció de dades, enllaç: https://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970 <i>La persona interesada tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de estos, a la limitación de su tratamiento o a oponerse al mismo por medio de un escrito que sea conforme a las instrucciones que se indican en la política de protección de datos enlace:</i> https://www.gva.es/es/inicio/procedimientos?id_proc=19970
Més informació <i>Más información</i>	Disposau de més informació sobre aquest tractament en el Registre d'activitats de tractament de la Conselleria, enllaç: https://inclusion.gva.es/documents/610460/167999531/14-GESTI%C3%93+DEL+SERVEI+INTEGRAL+D%27ATENCI%C3%93+A+PERSONES+EN+SITUACI%C3%93+DE+DEPEND%C3%88NCIA.pdf/6132cef9-d422-4580-b3b3-dc3524378f8d?t=1555426404432 <i>Dispone de más información sobre este tratamiento en el Registro de actividades de tratamiento de la Conselleria enlace:</i> http://www.inclusion.gva.es/documents/610460/167999531/14-GESTI%C3%93+DEL+SERVEI+INTEGRAL+DE+ATENCI%C3%93+N+A+PERSONAS+EN+SITUACI%C3%93N+DE+DEPENDENCIA.pdf/8aec2073-08bc-4bef-b7cb-e72beba5899e